

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

WHO (World Health Organization) menjelaskan bahwa Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan yang paripurna meliputi pelayanan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dalam menjalankan tugasnya, rumah sakit juga mempunyai fungsi. Fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut.

1. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit.
2. Melakukan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Melakukan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 30 Tahun 2019 menyatakan bahwa rumah sakit diklasifikasikan berdasarkan jenis pelayanan dan

pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dibagi lagi menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

1. Rumah Sakit Umum, yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua jenis penyakit. Berdasarkan PERMENKES RI No. 30 Tahun 2019, rumah sakit umum dapat dibagi menjadi 4 jenis, sebagai berikut.

a. Rumah Sakit Tipe A

Rumah Sakit Tipe A, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat pelayanan spesialis dasar, lima penunjang medik spesialis, dua belas spesialis lain selain spesialis dasar, dan tiga belas subspecialis. Contoh rumah sakit tipe A yaitu RSUD Dr. Soetomo dan RSUD Dr. Saiful Anwar.

b. Rumah Sakit Tipe B

Rumah Sakit Tipe B, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat pelayanan medik spesialis dasar, empat pelayanan spesialis penunjang medik, delapan pelayanan medis spesialis lainnya, dan dua pelayanan medik subspecialis dasar. Contoh rumah sakit tipe B yaitu RSUD Lavalatte Malang dan RS Dr. Soepraen.

c. Rumah Sakit Tipe C

Rumah Sakit Tipe C, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat pelayanan medik spesialis dasar dan empat pelayanan spesialis penunjang medik. Contoh rumah sakit tipe C yaitu RSUD Hermina Tangkubanprahu dan RS Universitas Muhammadiyah Malang.

d. Rumah Sakit Tipe D

Rumah Sakit Tipe D, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit dua pelayanan medik spesialis dasar. Contoh rumah sakit tipe D yaitu RS Ben Mari Malang dan RS Bala Keselamatan Bokor.

2. Rumah Sakit Khusus, yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Pada pasal 13 Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 3 Tahun 2020, disebutkan bahwa rumah sakit khusus mencakup Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak; Mata; Gigi dan Mulut; Ginjal; Jiwa; Infeksi; Telinga – Hidung – Tenggorokan Kepala Leher; Paru; Ketergantungan Obat; Bedah; Otak; Orthopedi; Kanker; dan Jantung dan Pembuluh darah. Sedangkan berdasarkan jenis pengelolaannya, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat.
 - a. Rumah Sakit Publik yaitu rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Penyelenggaraannya berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - b. Rumah Sakit Privat yaitu rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero dengan tujuan profit.

2.1.2 Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan adalah pemberian pelayanan kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis subspecialis (PERMENKES RI No. 11 Tahun 2016)

Rawat jalan merupakan pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa harus rawat inap. Pelayanan rawat jalan merupakan sebuah unit fungsional di rumah sakit yang menerima pasien untuk berobat jalan dan pasien yang akan di rawat.

2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing

yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Iuran ini adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan / atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan. (UU RI Nomor 1, 2014). Fungsi BPJS Kesehatan dalam pasal 5 ayat (2) UU No. 24 Tahun 2011 disebutkan bahwa tugas BPJS Kesehatan sebagai berikut

1. Melakukan dan / atau menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
6. Membayarkan manfaat dan / atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

2.1.4 Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, klaim merupakan tuntutan atas suatu fakta bahwa seseorang mempunyai hak atas sesuatu. Klaim merupakan tagihan atau tuntutan imbalan atas jasa yang diberikan oleh rumah sakit melalui tenaga kerja dokter, perawat, dan lainnya atas pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien (EP, 2018). Menurut Ardhitya et al, (2015) Klaim BPJS Kesehatan merupakan pengajuan biaya perawatan pasien yang dilakukan rumah sakit kepada BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulannya. Klaim yang diajukan kepada Kantor Cabang atau Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan harus memiliki kelengkapan administrasi. Kelengkapan administrasi tersebut terdiri dari kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut.

1. Rekapitulasi pelayanan
2. Dokumen pendukung pasien, yang terdiri dari :
 - a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

- b. Resume medis rawat jalan yang disertai tanda tangan dan nama terang Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
- c. Bukti pelayanan rawat jalan yang ditandatangani oleh DPJP
- d. Rincian tagihan rumah sakit
- e. Dokumen pendukung lain yang diperlukan

Menurut Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL, BPJS akan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL, setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan. jika terdapat klaim yang tidak memenuhi syarat kelengkapan dokumen klaim, maka pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan dokumen klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian dokumen klaim. Apabila BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan dokumen klaim dalam jangka waktu 10 (sepuluh) hari, dokumen klaim dinyatakan lengkap. Hari 10 (sepuluh) ini dihitung mulai dari pengajuan klaim FKRTL yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim. (BPJS Kesehatan, 2018)

2.1.5 Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

Dalam Permenkes RI No. 28 Tahun 2014 Bab V, disebutkan bahwa klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan harus dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh verifikator BPJS Kesehatan. Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014, proses verifikasi klaim dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan software INA CBGs.

1. Verifikasi Administrasi Berkas klaim rawat jalan yang akan diverifikasi meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis, prosedur yang ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), serta bukti pendukung seperti hasil laboratorium, protokol terapi, regimen obat khusus, resep alat kesehatan, dan tanda terima alat kesehatan. verifikasi administrasi klaim dilakukan dengan dua tahapan sebagai berikut.

- a. Verifikasi Administrasi Kepesertaan, merupakan kegiatan meneliti dan menyesuaikan berkas klaim rawat jalan yaitu antara surat eligibilitas peserta (SEP) dengan data yang diinput ke dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.
 - b. Verifikasi Administrasi Pelayanan, merupakan kegiatan mencocokkan dan menyesuaikan berkas klaim rawat jalan dengan berkas yang sudah dipersyaratkan. Apabila terjadi ketidaksesuaian, maka berkas dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Untuk kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis, maka perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.
2. Verifikasi Pelayanan Kesehatan Hal-hal yang harus diperhatikan saat melakukan verifikasi pelayanan kesehatannya pada episode rawat jalan yaitu sebagai berikut.
- a. Verifikator harus memastikan kesesuaian kode diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.
 - b. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama.
 - c. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (One Day Care / Surgery) termasuk rawat jalan.
 - d. Pada kasus special CMGs harus dilampirkan bukti pendukungnya.
 - e. Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, dan radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder diagnosis Z (kontrol).

3. Verifikasi Menggunakan Software INA CBGs Ada beberapa tahapan yang dapat dilakukan saat melakukan verifikasi menggunakan software INA CBGs, tahapan tersebut sebagai berikut.
 - a. Purifikasi data, yaitu kegiatan untuk memvalidasi output INA CBGs yang ditagihkan terhadap data penerbitan SEP.
 - b. Proses verifikasi administrasi, yaitu kegiatan mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung serta hasil entry rumah sakit. Setelah proses ini selesai, maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak, tidak layak, dan pending secara administrasi
 - c. Proses verifikasi lanjutan, yaitu kegiatan verifikasi yang dilakukan secara berurutan dan disiplin sesuai dengan tujuh Langkah verifikasi lanjutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim.
 - d. Finalisasi klaim
 - e. Umpan balik pelayanan
 - f. Kirim file.

2.1.6 Klaim Pending

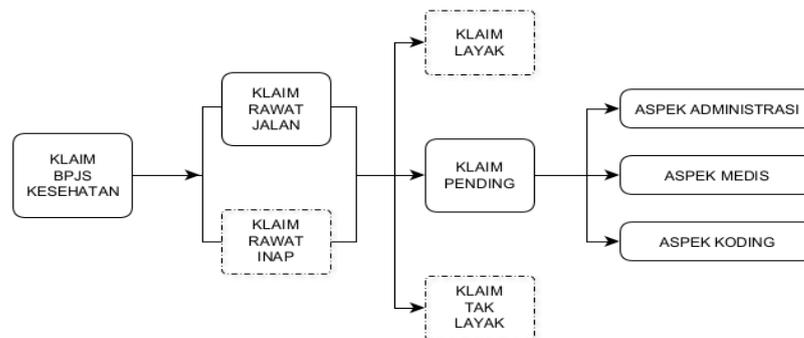
Klaim pending merupakan klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sehingga harus dikembalikan ke rumah sakit. Pengembalian klaim berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke rumah sakit dan dapat merugikan keuangan rumah sakit yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di rumah sakit. Adanya klaim pending tersebut disebabkan oleh beberapa faktor berikut.

- a. Aspek Administrasi Menurut Health Insurance Association Of America, administrasi klaim merupakan proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. Faktor administrasi disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas,

penyalahgunaan kartu, tidak adanya bukti penunjang dan terapi, serta terdapat kesalahan pada data demografi (Amir et al, 2020).

- b. Aspek Medis Kesalahan dalam pelayanan medis dikarenakan kesalahan pengisian resume medis, laporan penunjang, penetapan episode rawat, penulisan diagnosis, pemberian kode penyakit, serta tanda tangan DPJP (Oktamianiza et al, 2021). Ketidaklengkapan dalam pengisian resume medis ini dapat menyulitkan koder dan verifikator dalam melakukan kodifikasi sesuai dengan diagnosis.
- c. Aspek Koding Faktor koding disebabkan oleh kesalahan penulisan kode penyakit dikarenakan kurang telitinya pihak koder dalam penetapan kode, pemberian kode diagnosis, dan tindakan yang tidak sesuai dengan penggunaan ICD 10, ICD 9 CM, dan PMK No. 26 Tahun 2021 (Oktamianizza Rahmadhani Yulia, 2021).

2.2 Kerangka Konsep



- = Variabel yang diteliti
- = Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2. 1 Kerangka Konsep